氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　夏季地域医療実習**Day Sheet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　実習一日目 | 実習目標 | 実習で学んだこと・感じたこと |
| ・・・ |  |
| 実習内容 |
| ・・・・・・ |
| 実習二日目 | 実習目標 | 実習で学んだこと・感じたこと |
| ・・・ |  |
| 実習内容 |
| ・・・・・・ |
| 実習三日目 | 実習目標 | 実習で学んだこと・感じたこと |
| ・・・ |  |
| 実習内容 |
| ・・・・・・ |

８月２９日（金）までに、島根大学医学部学務課教務担当影山（kyomu1@med.shimane-u.ac.jp）宛にできるだけメールにファイルを添付し送信（提出）してください。